17ème Séminaire d'HGE de l'AGEN

DIARRHEE CHRONIQUE

Pr EL YOUSFI MOUNIA

Pr EL ABKARI Mohammed

AGEN 2019

Service d'hépato-gastroentérologie
CHU HASSAN II- FES

Introduction

Causes de diarrhée chronique[1]

Liées au côlon
- Cancer du côlon
- Colite ulcéreuse
- Maladie de Crohn
- Colite microscopique (lymphocytaire et collagène)

Liées à l'intestin grêle
- Maladie cœliaque
- Maladie de Crohn
- Giardiase (et autres infections chroniques)
- Déficit en disaccharidase (ex. : intolérance au lactose)
- Pullulation bactérienne
- Ischémie mésentérique
- Entérite radique
- Lymphome
- Autres entéropathies (maladie de Whipple, sprue tropicale, amyloïdose, lymphangiectasie intestinale)
- Malabsorption des sels biliaires

Liées au pancréas
- Pancréatite chronique
- Cancer du pancréas
- Fibrose kystique

Liées aux hormones
- Hyperthyroïdie
- Diabète
- Hypoparathyroïdie
- Maladie d'Addison
- Tumeurs endocrines (vipome, gastrinome, tumeur carcinoïde)

Autres
- Médicaments
- Alcool
- Diarrhées factices
- Causes chirurgicales (résection du grêle, fistules)
- Neuropathie autonome

CAS CLINIQUE 1

- **Mr M,E**
- **40 ans**

- **Présente depuis 6 semaines:**
  - **Selles liquidiennes**
  - **4 selles par jour**

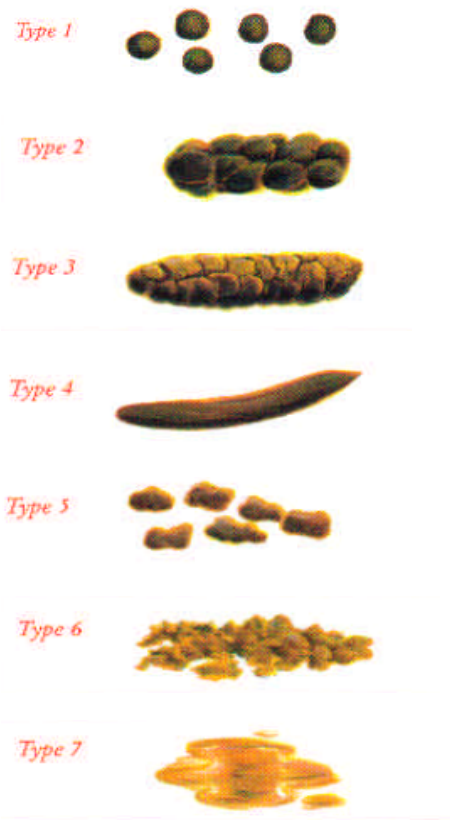
- **De quoi s'agit-il ?**

DEFINITIONS
la diarrhée

- **Définition classique :**
  - **Trouble du transit intestinal caractérisé par la fréquence anormale des émissions de selles <u>et</u> leur caractère liquide**
  - **Fréquence anormale :**

    > 3 émissions/j
- **Poids de selles :**

  > 200 g/j



Échelle
de Bristol

DEFINITIONS
la diarrhée

Limites

- **Patient :**
  - **1selle liquide/j**
  - **poids 180 g/j**
  - **Pas de diarrhée ?**

- **Patient**
  - **1 selle normale/j**
  - **poids 300 g/j**
  - **Diarrhée ?**

NON

Diarrhée ; définition " plus moderne"

- **Selle normale :**
  - **Résidus solides solubles + Résidus solides insolubles + eau libre**
  - **Contenu en eau**
    - ✓ **selle normale : 75 %**
    - ✓ **Selle dure : 70 %**
    - ✓ **Selle pâteuse : 80-85 %**
    - ✓ **Selle hydrique : > 85 %**

- **Diarrhée = augmentation du contenu en eau d'une selle se manifestant par une diminution de la consistance des selles = symptôme amenant le patient à consulter.**

- **Indépendamment : fréquence et poids de selles+++**

AGA Technical Review, 1999

AGA 2017

How Is Chronic Diarrhea Defined?

Recommendations

1. Patients define diarrhea as loose stools, increased stool frequency, or urgency; physicians should note precisely what the patient means. (1b)
2. Chronic diarrhea is defined by a duration of >4 weeks. (2b)

Chronic Diarrhea: Diagnosis and Management. AGA 2017. Lawrence R. Schiller and all. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2017 ;15:182–193

Cas clinique 1

- **Il s'agit d'une**
  - **Diarrhée chronique**

Mais y'a t-il d'autres diagnostics à évoquer ?

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL!!!

- **Fausse diarrhée de constipation**
- **Incontinence anale**
- **Diarrhée artificielle**

PHYSIOPATHOGENIE

Pourquoi s'intéresser à la physiopathologie ?

- Comprendre et mémoriser
- … Faire comprendre au malade
- Juste prescription
  - Tests diagnostiques adaptés
  - Traitement adaptés
- Développer
  - Nouveaux tests diagnostiques
  - Nouveaux traitements

Quand tout va bien !!!

- **Adulte : masse corporelle = 60% H20**
- **Apport hydrique quotidien: 120-150 ml/kg/jr H20**
- **Secrétions physiologiques :(salivaires, pancréatiques, hépatique) ou par l'épithelium glandulaire**
- **les entrées liquidiennes orales > les sorties fécales**
- **Chez adulte:**

90% H20 réabsorbée à l'intestin grêle

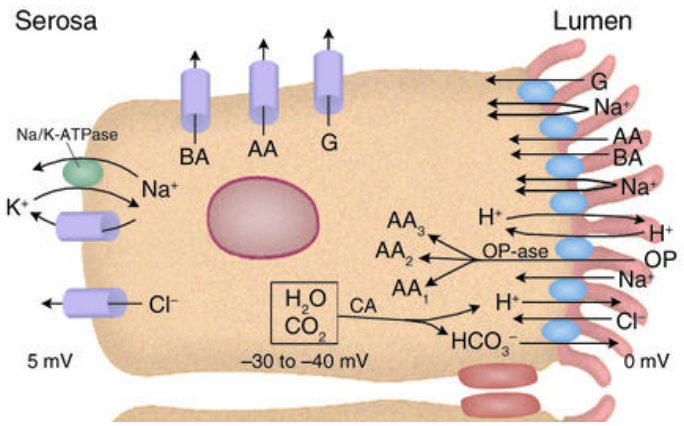
10% H20 réabsorbée au gros intestin

~ 1% H20 excrété

- **le tractus digestif se comporte comme un système d'absorption**

Quand tout va bien !!!

- **H20 absorbée par osmose uniquement**
- **De nombreuses « pompes » à électrolytes sont des échangeurs d'ions ou des co-transporteurs d'ions et de nutriments situés sur les membranes apicales et basolatérales des entérocytes**



PHYSIOPATHOGENIE

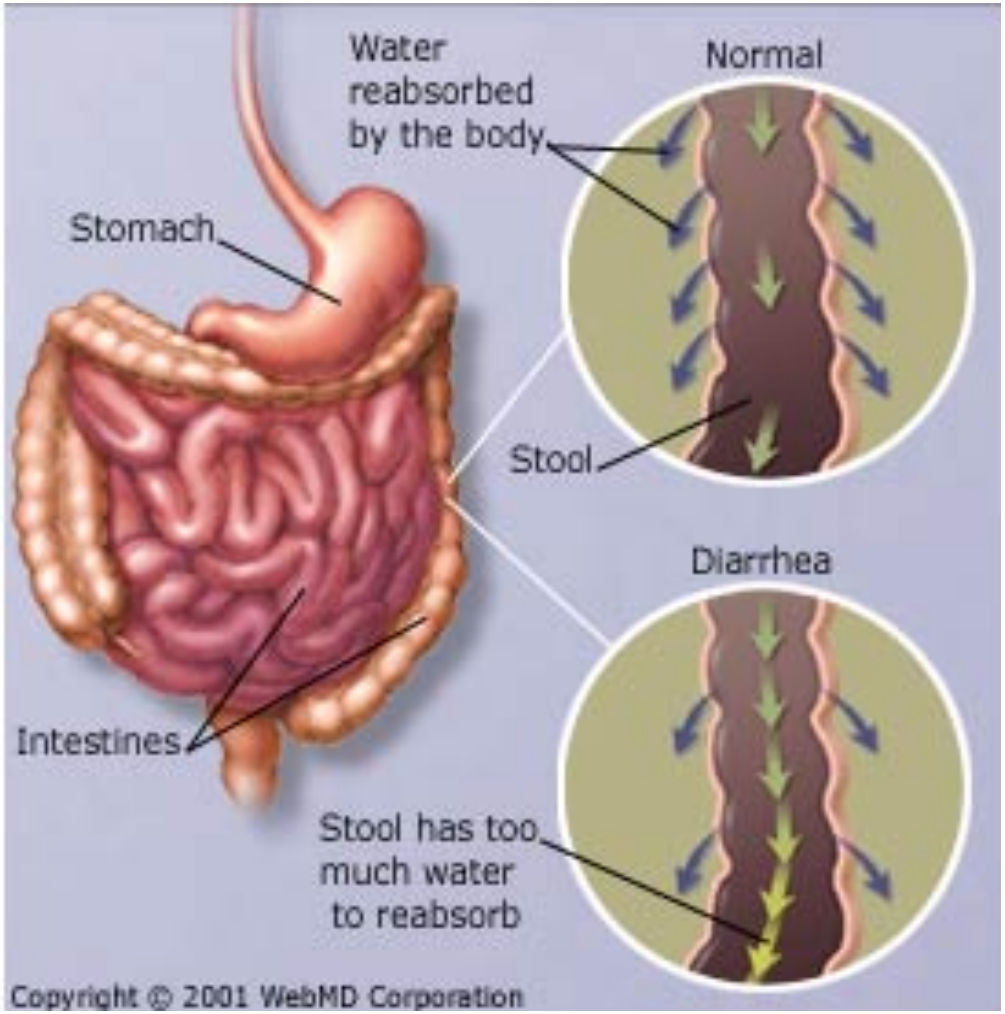
- **Théorie de la diarrhée:**

absorption incomplète de l'eau contenue dans la lumière intestinale

Soit par :

1- ↓ taux net d'absorption de l'eau

2- Rétention osmotique de l'eau dans la lumière intestinale



PHYSIOPATHOGENIE

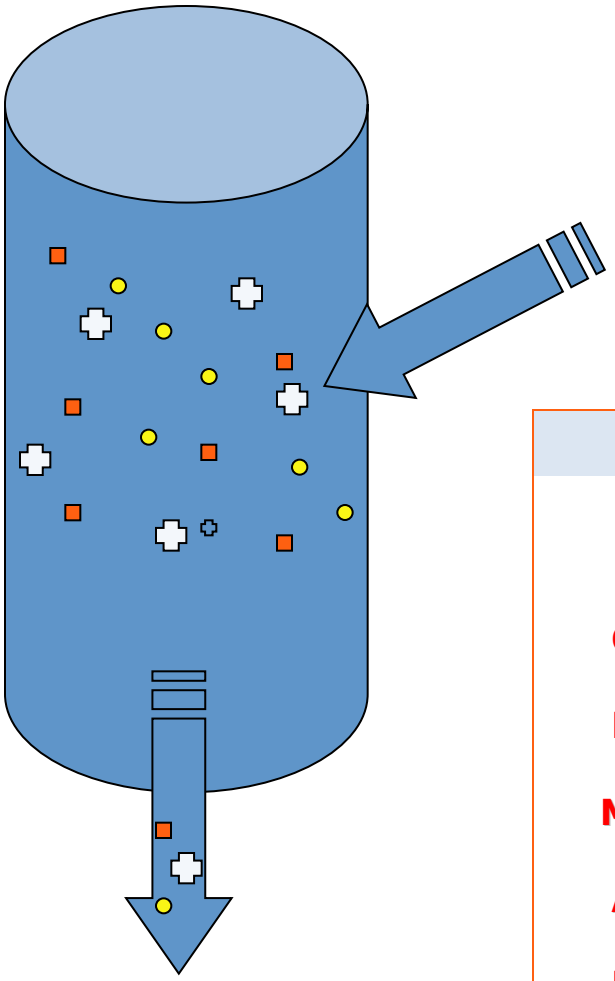
Les différents mécanismes

- Diarrhée Osmotique
- Diarrhée Sécrétoire
- Diarrhée De Malabsorption
- Diarrhée Motrice

Diarrhée osmotique

- L'intestin est perméable à l'eau et imperméable à certaines molécules qui exercent un effet osmotique
- Effet recherché en thérapeutique : préparations coliques
- Le microbiote intestinal, par sa fonction de fermentation, transforme de nombreuses molécules malabsorbées dans l'intestin grêle en acides gras à courte chaîne, absorbés dans le côlon
- Il s'oppose aux diarrhées d'origine alimentaire

Diarrhée osmotique



Exemples:

PEG

Sulfates

Phosphates

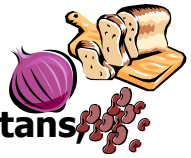
Magnésium

…

FODMAPs *(P. Gibson)*

Fermentable

Oligosaccharides — **fructans, galactans, xylans**



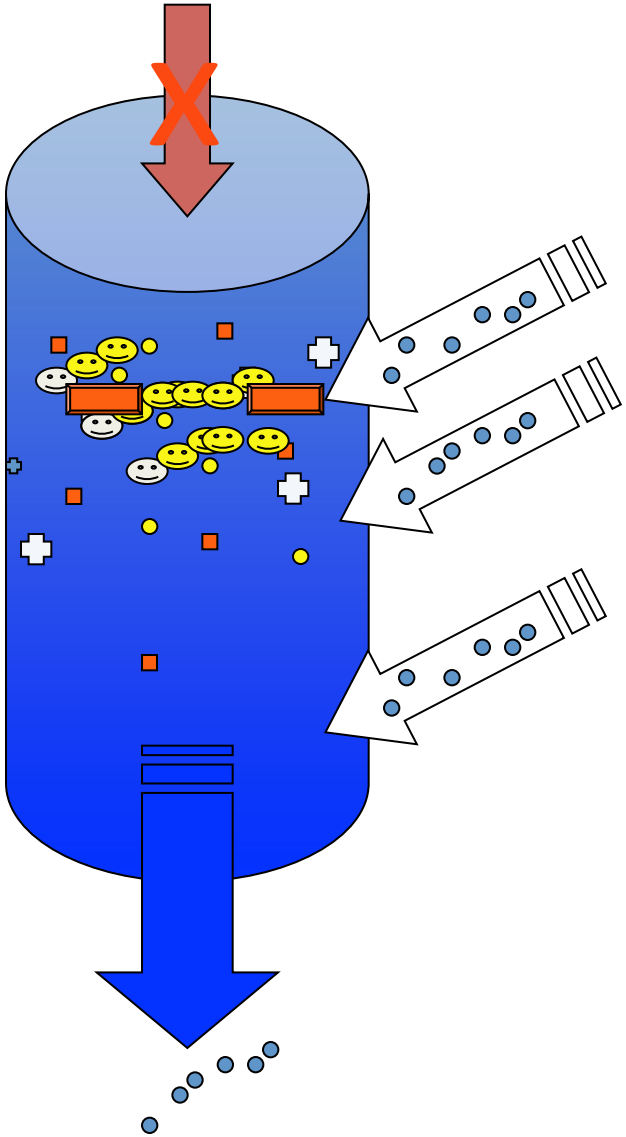
Disaccharides — **lactose**

Monosaccharides — **fructose**
(in excess of glucose)

And

Polyols — **sorbitol**

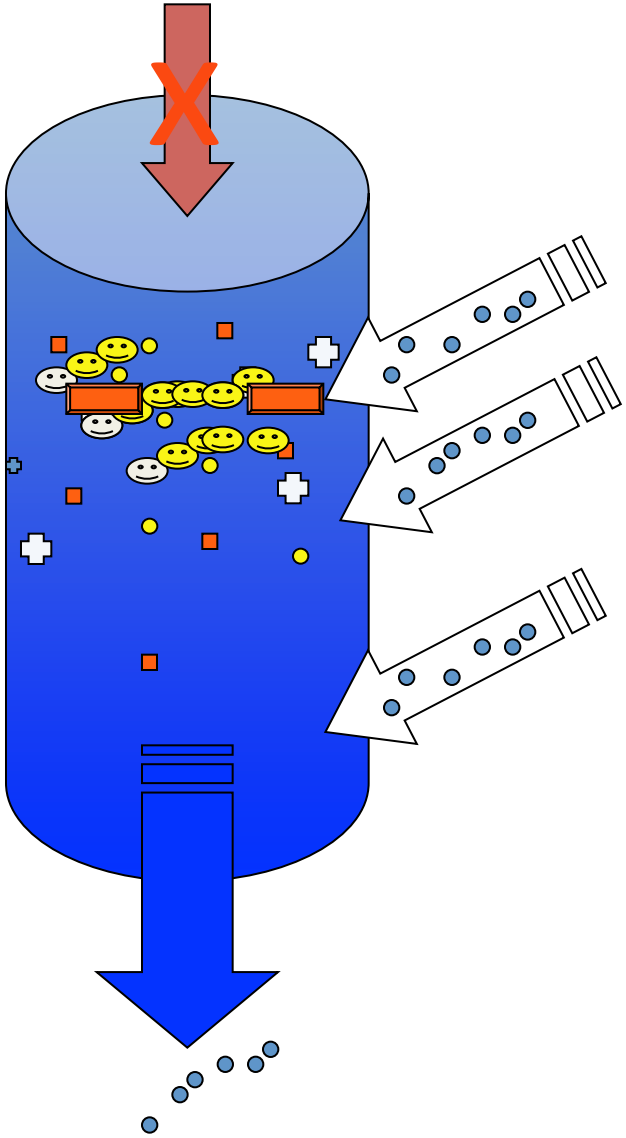
Diarrhée sécrétoire



Diarrhée électrolytique abondante,

- perte d'électrolytes,
- persiste à jeun

Diarrhée sécrétoire



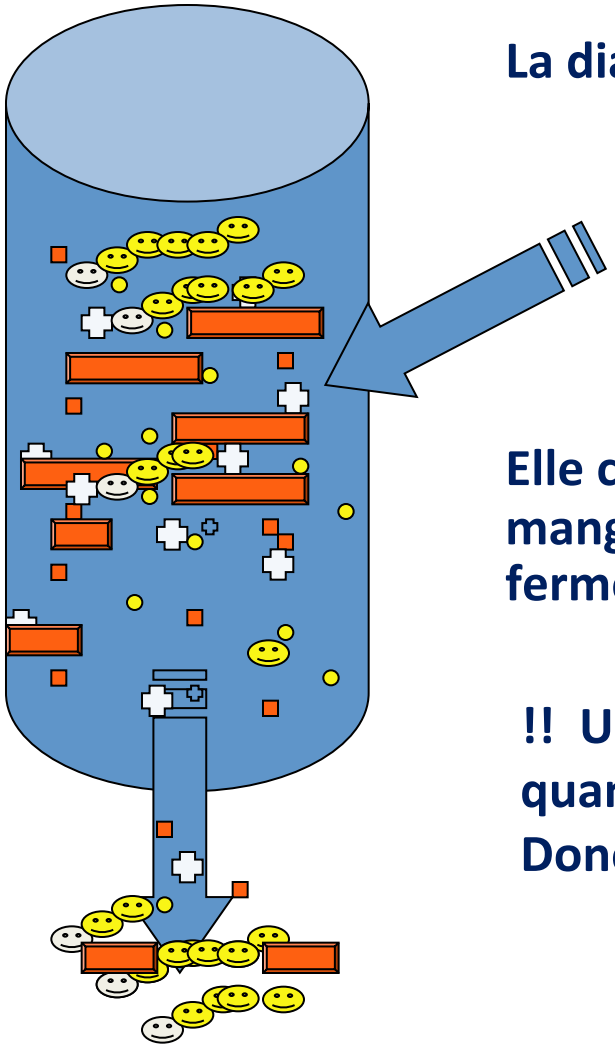
Diarrhée électrolytique abondante,

- perte d'électrolytes,
- persiste à jeun

Causes

- CAUSES DIGESTIVES ORGANIQUES
- Colites et entérites
- Colites microscopiques
  Mastocytose (histamine)
- Tumeurs (notamment villeuses)
- VIPOME …
- MEDICAMENTS - ALIMENTS
  - Anti-inflammatoires non stéroïdiens
  - Acides biliaires
  - Sénnosides
  - Prostaglandines
  - Digitaliques
  - Biguanides
  - Simvastatine
  - Colchicine
  - Sels d'or
  - Prunes

Diarrhée de Malabsorption (entérocytaire ou par maldigestion)



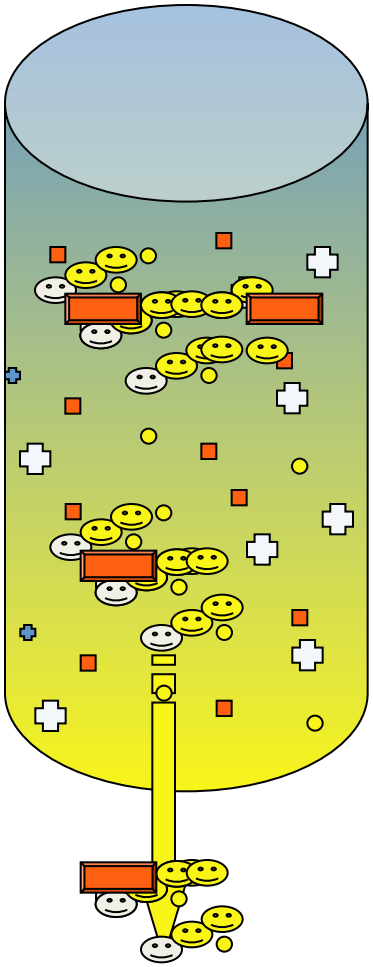
La diarrhée vient de :

- Effet osmotique
- Présence de graisses sécrétagogues et prokinétiques

Elle contient des graisses abondantes (quand on en mange)… les sucres et les protéines étant plus fermentés

!! Une stéatorrhée n'est visible que si une quantité suffisante de graisse est ingérée
Donc une charge en beurre avant de la chercher!!

Diarrhée motrice



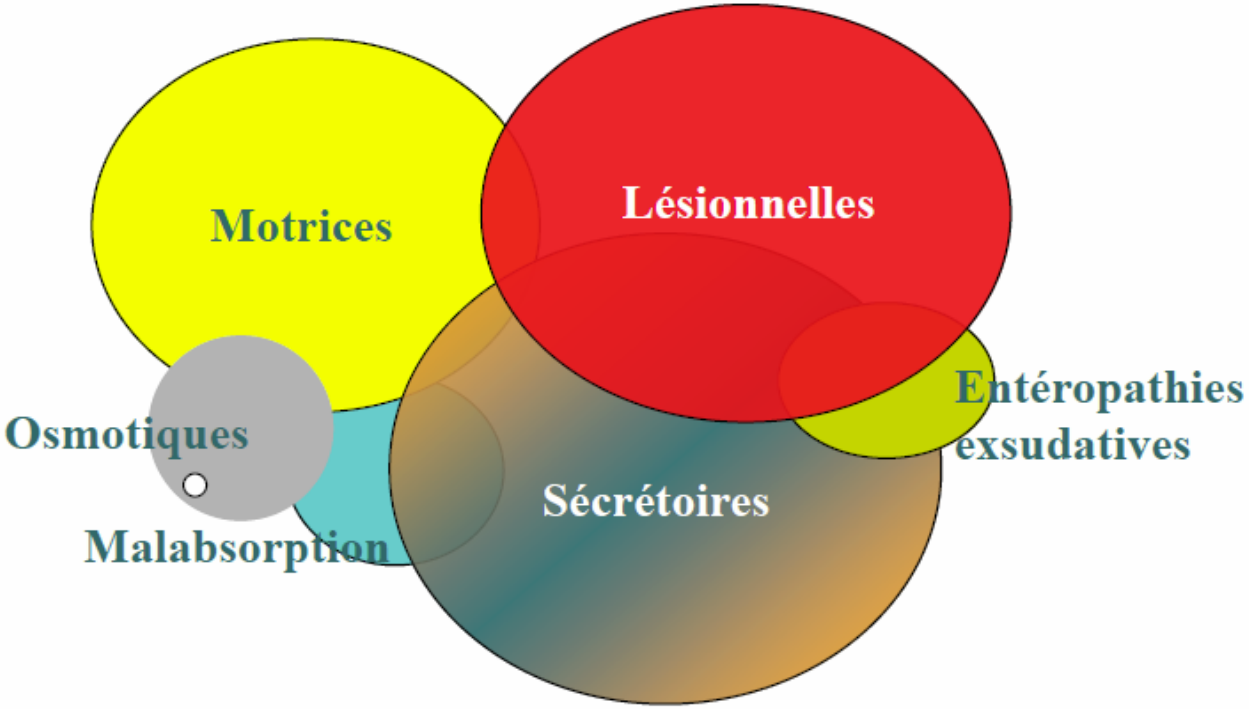
<u>La diarrhée vient de</u>

Gène d'aller « vite » aux toilettes

Une (petite) partie de malabsorption et d'effet osmotique

Elle n'est pas abondante, acide, jaune, contient éventuellement un peu plus de graisse, les sucres et les protéines sont fermentés … et cela va vite

Plusieurs mécanismes de diarrhée s'associent souvent en clinique



Cas clinique 1

- **Mr M,E**
- **Présente depuis 6 semaines**
  - **Selles liquidiennes**
  - **4 selles par jour**
- **Diarrhée chronique**
- **Quelle (s) donnée (s) vous manquent à l'interrogatoire pour orienter votre diagnostic ?**

INTERROGATOIRE

- **AGE ?!**
- **ANTÉCÉDENTS:**
  - Personnels :
    - Intervention chirurgicale antérieure (Estomac, grêle ++++)
    - Radiothérapie
    - Maladie métabolique (diabète)
    - Ethylisme chronique
  - Familiaux :
    - pancréatites, NEM, MICI, Polypes ou Cancers colo-rectaux
    - contexte social, familial, professionnel (Stress)
  - Liste des médicaments absorbés :
    - S'informer des médicaments essayés sur la diarrhée, de leur efficacité

INTERROGATOIRE

- **CARACTÉRISTIQUES DE LA DIARRHÉE :**
  - Installation : brutale ou progressive
  - Caractère continu ou rémissions spontanées
  - Fréquence et horaire (nocturnes, matinales, post-prandiales)
  - Impériosité, incontinence fécale
  - Facteurs déclenchants : influence du repas, du jeûne
  - Efficacité des traitements déjà prescrits, en particulier les ralentisseurs du transit
  - Prise antérieure de laxatifs

INTERROGATOIRE

- **ASPECT DES SELLES**
  - Sanglantes
  - Glaireuses
  - Grasses
  - Aliments non digérés
  - Mousseus

- **RETENTISSEMENT**
  - Amaigrissement
  - Asthénie, Anorexie
  - Syndrome œdémateux
  - Syndrome anémique

INTERROGATOIRE: SIGNES ASSOCIES

- **Douleurs pancréatiques:** Insuffisance pancréatique exocrine
- **Syndrome rectal:** Tumeur rectale ou une rectite
- **syndrome de Kœnig:** Lésion intestinale sténosante ou inflammatoire
- **Hyperthyroïdie (amaigrissement, tachycardie, goitre, signes oculaires…) :** Accélération du transit
- **Facteurs de risque, infections opportunistes :** SIDA, ATB..
- **Douleur type ulcéreuse :** Gastrinome
- **Nausées, vomissements, anorexie**
- **Signes extra-digestifs (Cutanés, Ostéo-articulaires, Oculaires) :**

  MICI +++

CAS CLINIQUE 2

- **Mr B.A, 53 ans**
- **ATCD : Frère traité pour cancer colique à l'âge de 40 ans**
- **Présente depuis 2 mois :**
  - **Diarrhée chronique glairo-sanglantes**
  - **AEG**
- **Quelle (s) donnée (s) recherchez-vous à l'examen clinique ?**

EXAMEN CLINIQUE

- Etat général, Température
- Etat nutritionnel , IMC, Signes carentiels
- Aires ganglionnaires
- Examen abdominal : HMG, Ascite, Masse abdominale, …
- Examen cutanéo-muqueux
- Examen oséto-articulaire
- Examen proctologique ++++

Attention !!

Signes d'organicité de la diarrhée chronique

- **Anamnèse**
  - Début abrupt et récent (moins de 3 mois)
  - Diarrhées constantes (plutôt qu'intermittentes)
  - Diarrhées nocturnes
  - Perte de poids importante (10 %)
  - Rectorragies
- **Examen physique**
  - Déshydratation
  - Anémie (pâleur, tachycardie)
  - Goitre
  - Masse abdominale
  - Examen ano-rectal (atteinte périanale, masse rectale, sang)
  - Aphtes buccaux
  - Érythème noueux, Pyoderma gangrenosum, dermatite herpétiforme

Cas clinique 2

- **Mr B.A, 53 ans**
- **ATCD : Frère traité d'un cancer colique à l'âge de 40 ans**
- **Présente depuis 2 mois :**
  - **Diarrhée chronique glairo-sanglante**
  - **AEG**
- **Examen clinique : MEG, Présence de sang au TR**
- **Quel(s) diagnostic (s) évoqueriez-vous ?**

A l'issue de l'étape clinique

Les 7 principaux groupes de causes sont :

1) les causes lésionnelles (sang ou de glaires dans les selles)

2) les causes motrices

3) les causes sécrétoires

4) les causes osmotiques

5) les malabsorptions

6) les entéropathies exsudatives

7) les exceptionnelles diarrhées volumogéniques

DIARRHEE CHRONIQUE LESIONNELLE

- **PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES :**
  - Selles fréquentes, peu abondantes, mêlées à du mucus et du sang
  - Syndrome rectal
  - Signes extra-digestifs (MICI)
  - Retentissement sur l'état général
- **PRINCIPALES CAUSES:**
  - Lésions tumorales : Adénocarcinomes, tumeurs villeuses
  - Lésions inflammatoires : Maladie de Crohn, Rectocolite hémorragique,
  - Entérocolites infectieuses,
  - Médicamenteuses, radiques...

CAS CLINIQUE 2

- Mr B.A, 53 ans
- ATCD : Frère traité d'un cancer colique à l'âge de 40 ans
- Présente depuis 2 mois :
  - Diarrhée chronique glairo-sanglantes
  - AEG
- Examen clinique : MEG, Présence de sang au TR
- **Quelle(s) exploration (s) demanderiez-vous ?**

BILAN INITIAL

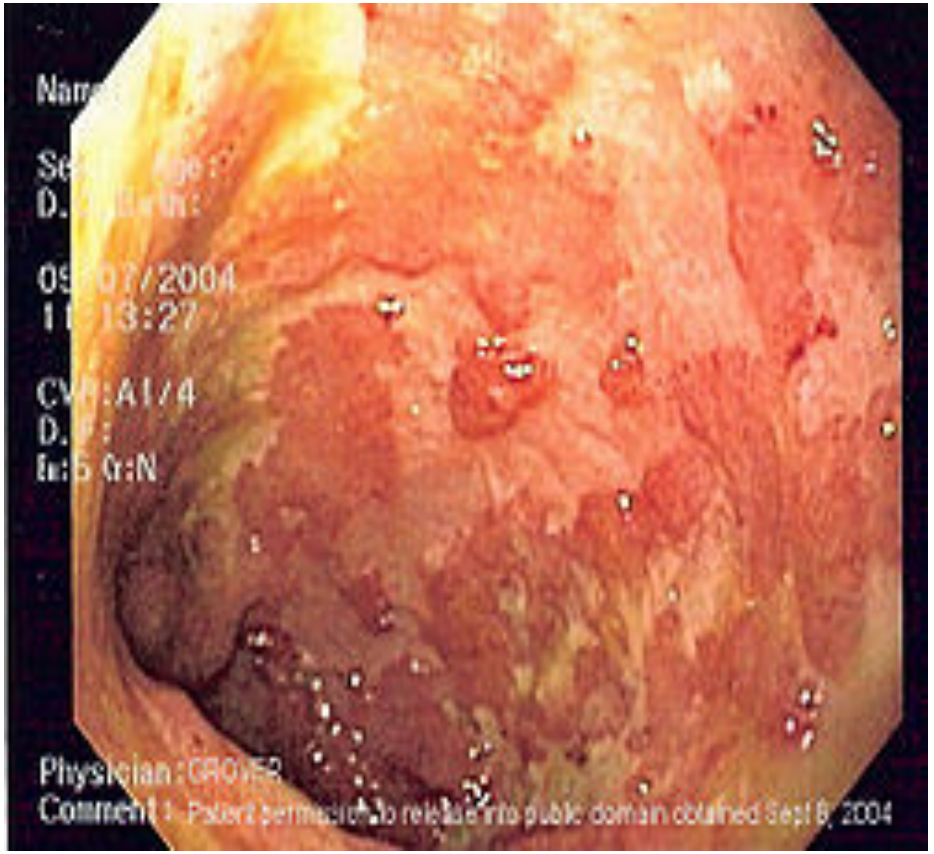
- Biologie standard : NFS, Ionogramme, CRP, TP, Calcium, fer sérique, albumine, TSH, VIH
- Sérologie maladie cœliaque
- Examen des selle: Parasitologie, Coproculture , Stéatorhée
- Endoscopie : FOGD + Biopsies, Rectoscopie, Coloscopie + Biopsies, Entéroscopie, Vidéo-capsule, …
- Imagerie : Echo abd, TDM abd

CHEZ NOTRE PATIENT

- Biologie standard : NFS, Ionogramme, CRP, TP, Calcium, fer sérique, albumine, TSH, VIH
- Sérologie maladie cœliaque
- Examen des selle: Parasitologie, Coproculture , Stéatorhée
- Endoscopie : FOGD + Biopsies , Rectoscopie , Coloscopie + Biopsies, Entéroscopie, Vidéo-capsule, …
- Imagerie : Echo abd, TDM abd

NOTRE PATIENT

- Hb = 9.2 g/dl, GB= 12500 / mm3, PQ= 576000 / mm3
- CRP= 125 mg/l
- Coproparasitologie des selles négatives
- Rectoscopie + Coloscopie
- Biopsies colo-rectales : RCH



DIARRHEE CHRONIQUE LESIONNELLE

Causes

Lésions tumorales :

adénocarcinomes, tumeurs villeuses

Lésions inflammatoires :

maladie de Crohn,

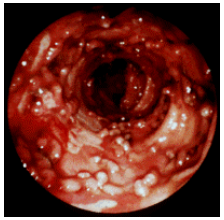
rectocolite hémorragique,

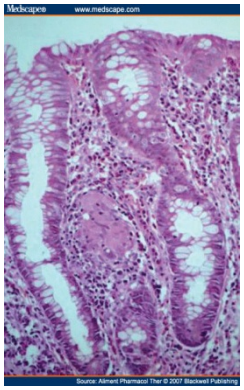
entérocolites infectieuses,

médicamenteuses, radiques...

Diagnostic

Endoscopies, biopsies (des lésions...)



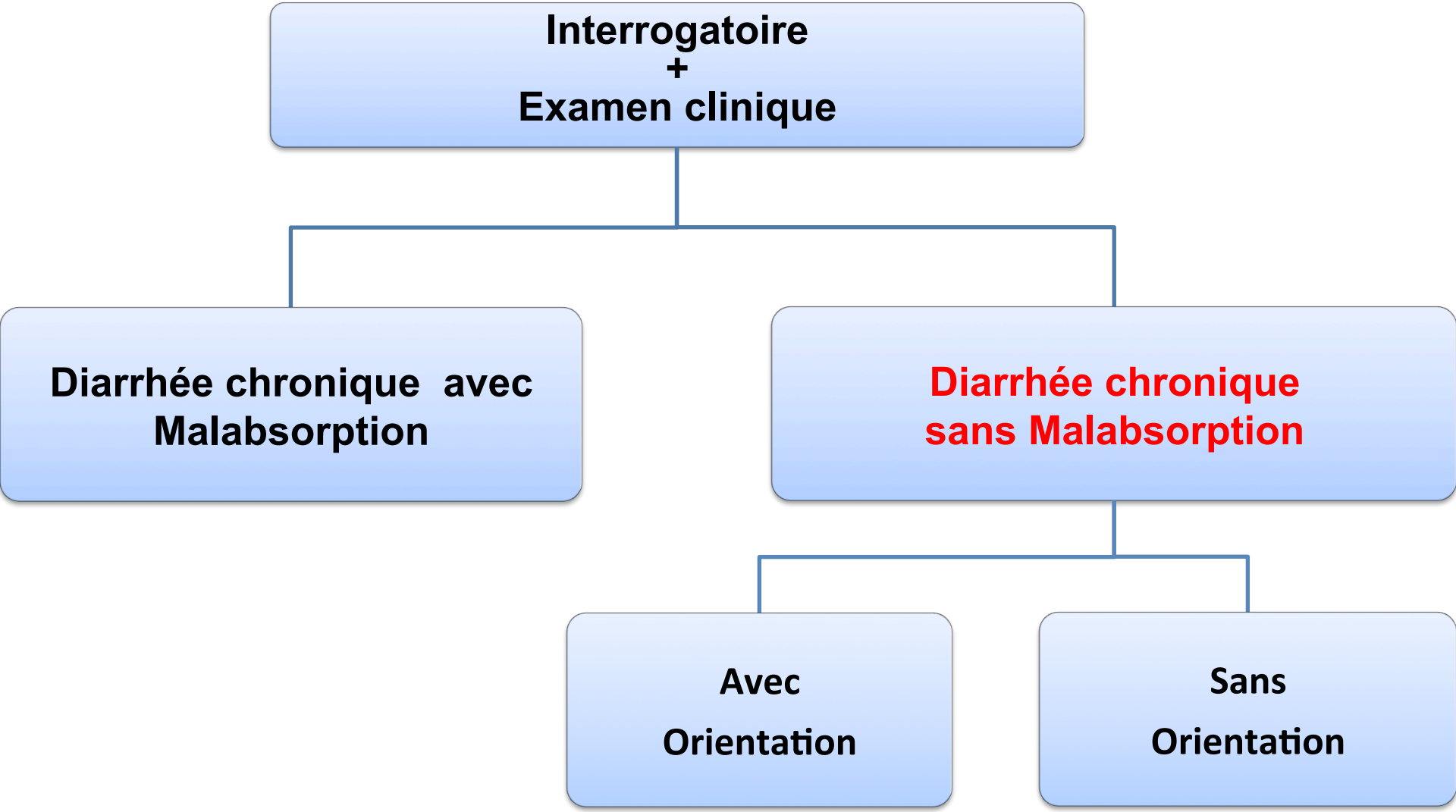


CAS CLINIQUE 3

- Mme ME 40 ans
- ATCD : cholécystectomie il y'a une année pour calcul
- Fonctionnaire
- Présente à chaque fois qu'elle jeûne (après la rupture du jeûne) :
  - Diarrhée liquidiennes, abondantes, contenant parfois des débris alimentaires
  - Verdâtre
  - Conservation de l'état général
- Examen clinique : Normal
- Quel (s) diagnostic (s) évoqueriez-vous ?

CAS CLINIQUE 3

- Mme ME 40 ans
- ATCD : cholécystectomie il y'a une année pour calcul
- Fonctionnaire
- Présente à chaque fois qu'elle jeûne (après la rupture du jeûne) :
  - Diarrhée liquidiennes, abondantes, contenant parfois des débris alimentaires
  - Verdâtre
  - Conservation de l'état général
- Examen clinique : Normal
- **Quel (s) bilan(s) demanderiez-vous ?**


Interrogatoire
+
Examen clinique
Diarrhée chronique avec Malabsorption
Diarrhée chronique sans Malabsorption
Avec Orientation
Sans Orientation

BILAN INITIAL

- Biologie standard : NFS, Ionogramme, CRP, TP, Calcium, fer sérique, albumine, TSH, VIH
- Sérologie maladie cœliaque
- Examen des selle: Parasitologie, Coproculture , Stéatorhée
- Endoscopie : FOGD + Biopsies, Rectoscopie, Coloscopie + Biopsies, Entéroscopie, Vidéo-capsule, …
- Imagerie : Echo abd, TDM abd

BILAN INITIAL

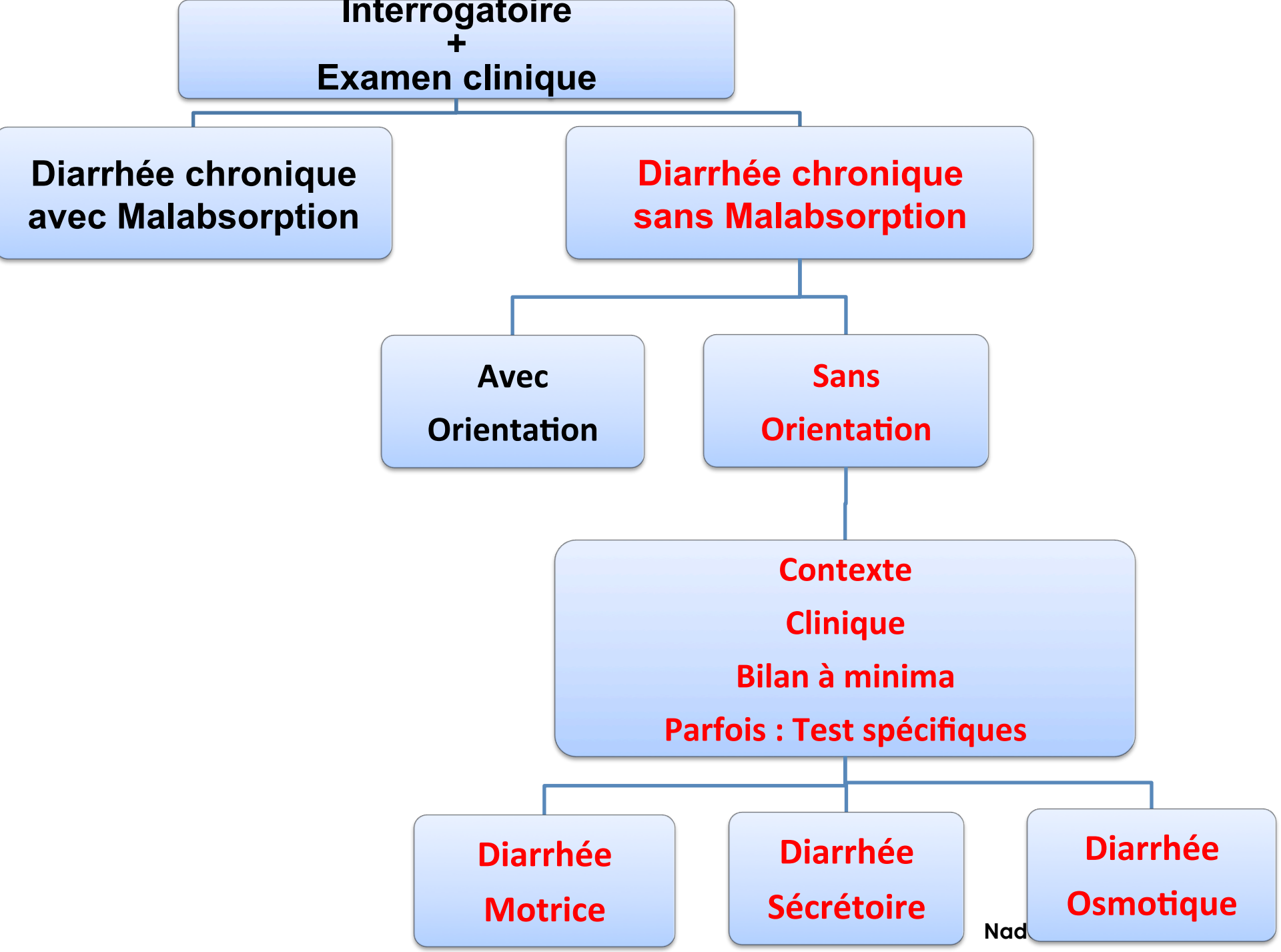
- Biologie standard : NFS, Ionogramme, CRP, TP, Calcium, fer sérique, albumine, TSH, VIH
- Sérologie maladie cœliaque
- Examen des selle: Parasitologie, Coproculture , Stéatorhée
- Endoscopie : FOGD + Biopsies, Rectoscopie, Coloscopie + Biopsies, Entéroscopie, Vidéo-capsule, …
- Imagerie : Echo abd, TDM abd

SI ABSENCE D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

- **Test au rouge carmin:**
  - **Diarrhée motrice**
  - **Première selle colorée apparaît < 8 H, la dernière selle colorée disparaît en moins de 24 H**

- **Épreuve du jeûne (48H):**
  - **Diarrhée sécrétoire**
  - **Ne cède pas au jeûne**

- **Ionogramme fécal:**
  - **Diarrhée osmotique**
  - **Trou anionique ou osmotique = 290-(Na+K fécaux) x 2**
  - **Trou osmotique > 120 mosmol /Kg**


Interrogatoire
+
Examen clinique
Diarrhée chronique avec Malabsorption
Diarrhée chronique sans Malabsorption
Avec Orientation
Sans Orientation
Contexte
Clinique
Bilan à minima
Parfois : Test spécifiques
Diarrhée Motrice
Diarrhée Sécrétoire
Diarrhée Osmotique

Diarrhée motrice :Causes

Causes digestives organiques
Cholécystectomie*
Gastrectomie partielle ou totale*
Résections iléales*
Maladies iléales (maladie de Crohn, etc.)
Fistule et court-circuit intestinaux
Causes endocriniennes
Hyperthyroïdie
Cancer médullaire de la thyroïde
Syndrome carcinoïde
Dysautonomie
Polyneuropathies, diabète, amylose
Vagotomie tronculaire et sélective
Affections médullo-encéphaliques (syndrome de Shy-Drager, maladie de Parkinson, etc.)
Médicaments
Sénnosides, prostaglandines, etc.
Diarrhées motrices idiopatiques (les plus fréquentes)
Syndrome de l'intestin irritable

CAS CLINIQUE N° 3

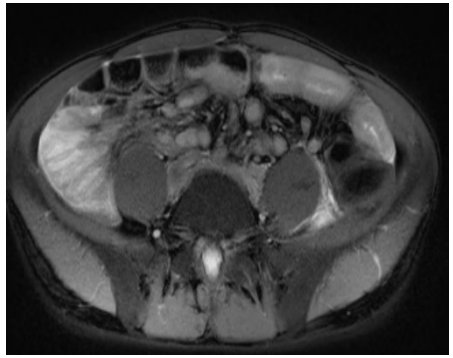
- Mlle A.E, 28 ans
- ATCD : RAS
- Présente depuis 9 mois :
  - Diarrhée chronique: Selles graisseuses, pâteuses
  - Syndrome anémique, chute de cheveux
  - AEG
- Examen clinique : IMC à 17
- Quel(s) diagnostic (s) évoqueriez-vous ?

DIARRHEE CHRONIQUE
DE MALDIGESTION OU DE MALABSORPTION

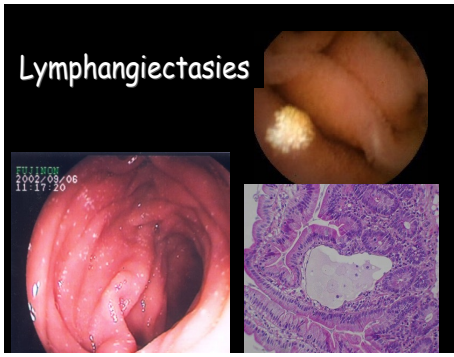
- **PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES :**
  - ✓ Souvent début progressif
  - ✓ Selles volumineuses, souvent décolorées, non sanglantes, graisseuses
  - ✓ Accompagnées de douleurs péri-ombilicales, de ballonnements.
  - ✓ Souvent : Carences , AEG

DIARRHEE CHRONIQUE
DE MALDIGESTION OU DE MALABSORPTION

- **Pré Entérocytaires:**
  - ✓ Trouble de la sécrétion bilio-pancréatique
  - ✓ Pancréatite chronique, cancer du pancréas
  - ✓ Fistule biliaire, cholestase
  - ✓ Pullulation microbienne



- **Entérocytaires:**
  - ✓ Maladie cœliaque
  - ✓ Déficit immunitaire en Ig
  - ✓ Lambiase, Whipple
  - ✓ Lésion anatomique du grêle :irradiation, Crohn, lymphome



- **Post Entérocytaires:**
  - ✓ Lymphangectasies primitive et secondaires

CAS CLINIQUE N°3

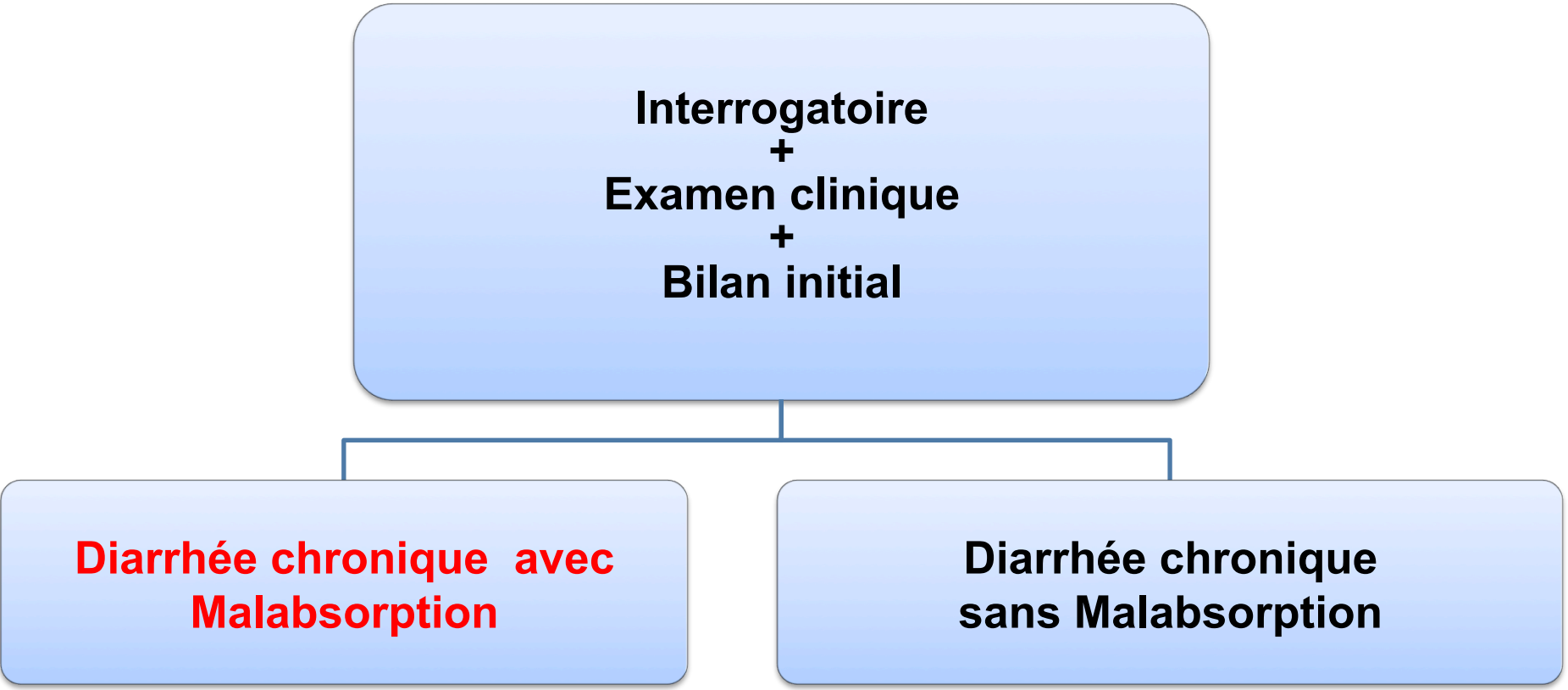
- **Mlle A.E, 28 ans**
- **ATCD : RAS**
- **Présente depuis 9 mois :**
  - **Diarrhée chronique graisseuses, pateuses**
  - **Syndrome anémique, chute de cheveux**
  - **AEG**
- **Examen clinique : IMC à 17**
- **Quelle(s) exploration (s) demanderiez-vous ?**

BILAN INITIAL

- Biologie standard : NFS, Ionogramme, CRP, TP, Calcium, fer sérique, albumine, TSH, VIH
- Sérologie maladie cœliaque
- Examen des selle: Parasitologie, Coproculture , Stéatorhée
- Endoscopie : FOGD + Biopsies, Rectoscopie, Coloscopie + Biopsies, Entéroscopie, Vidéo-capsule, …
- Imagerie : Echo abd, TDM abd

CHEZ NOTRE PATIENTE : TOUT ÇA ?

- Biologie standard : NFS, Ionogramme, CRP, TP, Calcium, fer sérique, albumine, TSH, VIH
- Sérologie maladie cœliaque
- Examen des selle: Parasitologie, Coproculture , Stéatorhée
- Endoscopie : FOGD + Biopsies, Rectoscopie, Coloscopie + Biopsies, Entéroscopie, Vidéo-capsule, …
- Imagerie : Echo abd, TDM abd


Interrogatoire
+
Examen clinique
+
Bilan initial
Diarrhée chronique avec Malabsorption
Diarrhée chronique sans Malabsorption

MALADIE CŒLIAQUE

- **Intolérance au gluten (seigle orge blé)**

- **Signes digestifs:**
  - Le plus souvent diarrhée chronique de Malabsorption
  - Syndrome carentiel

- **Signes extra digestifs:**
  - Dermite herpétiforme
  - Association à d'autre maladies auto immunes (Diabète , Cirrhose biliaire primitive, thyroïdite, …)

MALADIE CŒLIAQUE

- **FOGD avec biopsies duodénales**
  - Atrophie villositaire
  - Hypertrophie cryptiques
  - Lymphocyte intra épithéliaux
  - Infiltrat lymphoplasmocytaire du chorion

- **Sérologies :**
  - Ac anti endomysium
  - Anti transglutaminase

MALADIE CŒLIAQUE

- **Traitement :** Régime d'exclusion du gluten

- **Retentissement ++++:**
  - Exclusion sociale
  - Education thérapeutique
  - Etiquetage, Association de patients
  - Réglementation

- **Complication :** Lymphome du grêle +++

Les autres causes de diarrhées !!!

DIARRHEE SECRETOIRE

- Diarrhée abondante >500 gr/j
- Uniquement fécales
- La diarrhée persiste avec le jeûne
- Risques de déshydratation et de troubles électrolytiques (hypo-kaliémie)

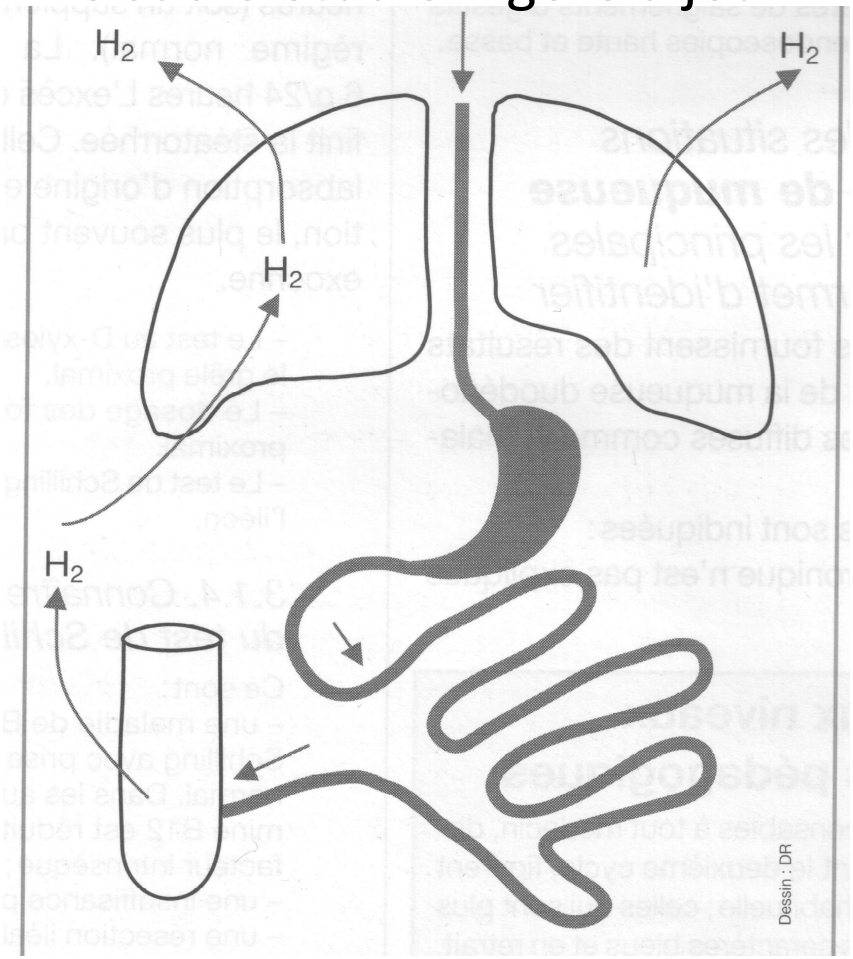
- Étiologie
  - Inondation de l'intestin par des sécrétions digestives hautes : Sd de Zollinger Ellison (Gastrinome), Vipome
  - Laxatifs irritant, biguanide, colchicine
  - Parasites lambiase
  - Adénome villeux sécrétant
  - Colites microscopiques

DIARRHEE OSMOTIQUE

- Soluté non absorbable ⇒ Appel d'eau et d'électrolyte dans le grêle
- Clinique
  - Abondance et quantité variables
  - Selles liquides, sans horaire particulier.
  - Cède lors du jeûne
  - Substance fermentescible: ++++
    - ✓ Flatulences
    - ✓ Borborygmes
    - ✓ Météorisme
- Étiologies:
  - Médicament osmotique (laxatifs, magnésium, sorbitol, autres)
  - Aliment malabsorbé physiologiquement ou de manière pathologique (lactose, sorbitol, autres sucres)
- Enquête médicaments , Enquête alimentaire, tests respiratoires

Test respiratoire hydrogène

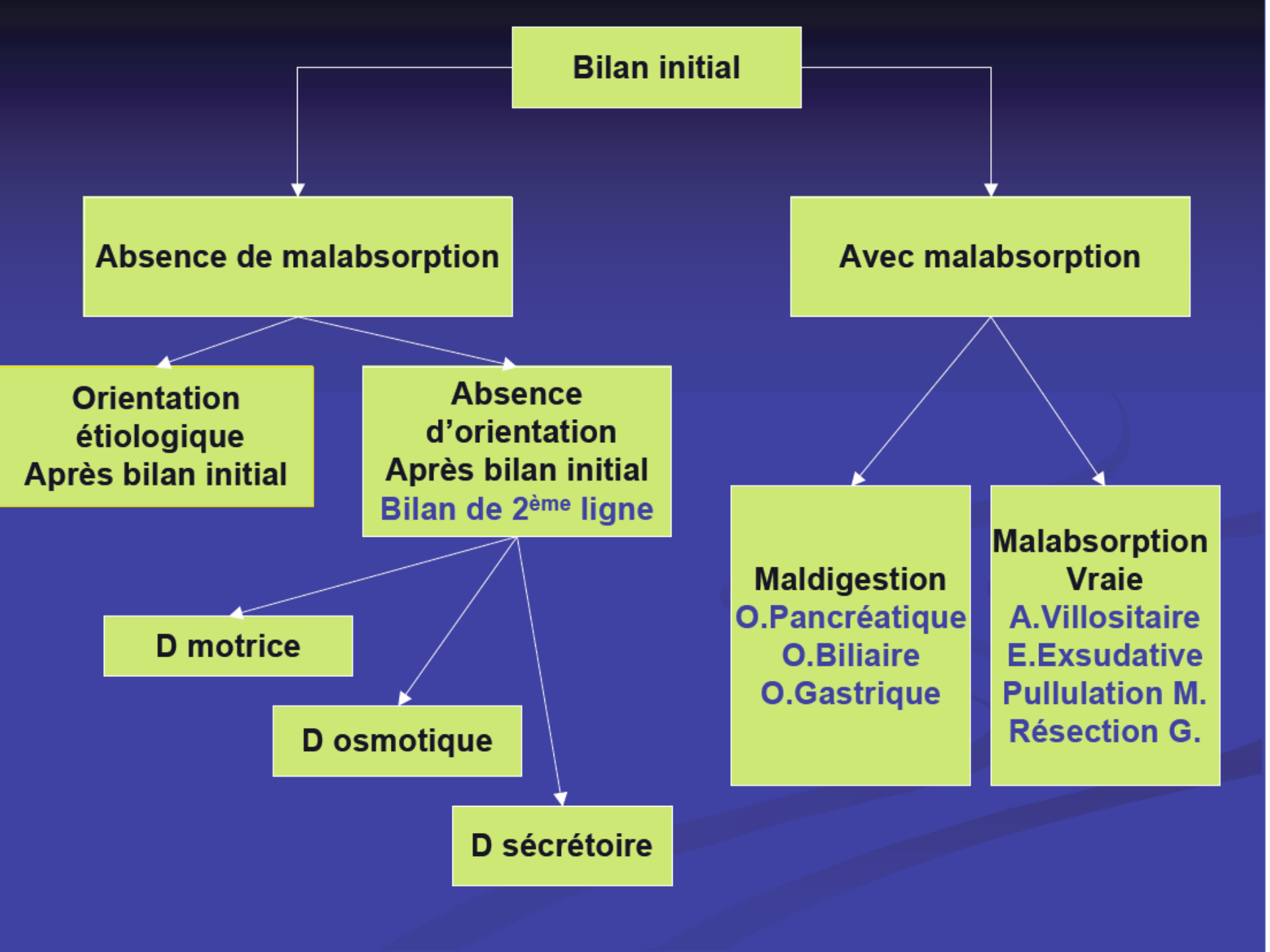
Le sucre étudié ingéré à jeun



Mesure H2 dans le gaz expiré

Δ > 20 ppm : rencontre entre bactérie et le sucre

- Malabsorption (cœliaque)
- ou pullulation du grêle


Bilan initial
Absence de malabsorption
Avec malabsorption
Orientation étiologique Après bilan initial
Absence d'orientation Après bilan initial
Bilan de 2ème ligne
D motrice
D osmotique
D sécrétoire
Maldigestion
O.Pancréatique
O.Biliaire
O.Gastrique
Malabsorption Vraie
A.Villositaire
E.Exsudative
Pullulation M.
Résection G.

A RETENIR

- **Faire d'abord un diagnostic d'un groupe de diarrhée --> examens ciblés**
- **Après le bilan initial, le diagnostic est fait dans 80% des cas**
- **TFI : l'étiologie la plus fréquente de diarrhée motrice**
- **Maladie cœliaque : 1ère cause de diarrhée par malabsorption**

MERCI POUR VOTRE ATTENTION